@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

ضروریات پره‌انترنی
داخلی - روماتولوژی



فایل این کتاب به شکل کدگذاری شده و صرفاً برای استفاده یک نفر عرضه شده است. در اختیار دیگران گذاشتن یا انتشار آن در فضاهای مجازی یا چاپ بیش از یک نسخه آن غیرقانونی بوده و بدون شک پیگرد قانونی خواهد داشت.
از این که محتوای آموزشی خود را به شکل قانونی و غیردزدی تهیه می‌کنید، سپاس‌گزاریم.

مدیریت تدوین: دکتر صادق شفائی، دکتر سارا آریان

مؤلف: فاطمه محمدی فرد، شکیبا خسروی نجات، مرتضی دوست‌محمدی

مؤسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران
انتشارات طبیبانه
۱۴۰۱
نشر طبیبانه

@MEDICA_CHANNEL

ضروریات پره‌انترنی داخلی - روماتولوژی

مؤلف: فاطمه محمدی فرد، شکیبا خسروی نجات، مرتضی دوست‌محمدی

ناشر: طبیبانه

چاپ: مجتمع چاپ و نشر پیشگامان

مدیر تولید محتوا و صفحه‌آرایی: عاطفه صفاری

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت نسخه چاپی: قابل مشاهده در سایت فروشگاه edutums.ir

قیمت نسخه مجازی: از ۳۰ تا ۵۰ درصد نسخه چاپی

شابک: ۳-۶-۰۶-۵۴۲۲-۶۲۲-۹۷۸

مرکز پخش: تهران، میدان انقلاب، خیابان کارگر جنوبی، بعد از خیابان روانمهر، بن‌بست سرود، پلاک ۲، واحد همکف

تلفن: ۰۲۱ ۶۶۴۰۶۱۷۰- / ۰۹۳۵۳۵۸۰۲۳۱

وب سایت: edutums.ir

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۱- تمام موارد زیر جزء ریسک فاکتورهای استئوآرتریت می‌باشد، به‌جز: *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) چاقی — ب) سن بالا

ج) استئوپروز — د) جنس زن

ریسک فاکتورهای استئوآرتریت رو یاد بگیر: سن بالا (مهم‌ترین ریسک فاکتور، سن است)/ جنس مونث/ چاقی/ ژنتیک/ استفاده‌ی مکرر از مفصل/ ناهنجاری‌های مفصلی مثلاً ژنوواروم و ژنووالگوم/ تراکم بالای استخوان/ تغذیه/ استعداد آناتومیکی برای مثال در نژاد قفقازی، استئوآرتریت هیپ شایع‌تر است/ عمل جراحی و آسیب مفصلی مثلاً جراحی منیسک.

مبحث استئوآرتریت.

الف | ب | **ج** | د

۲- کدام‌یک از گزینه‌ها خصوصیات مایع مفصل طبیعی است؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) WBC: 2000-5000 با PMN ۲۰ درصد

ب) WBC < 1000 با PMN ۵۰ درصد

ج) WBC < 200 با ارجحیت لنفوسیت‌ها

د) WBC < 200 با ارجحیت نوتروفیل‌ها

مایع مفصلی طبیعی، کم‌تر از ۲۰۰ سلول و با ارجحیت تک هسته‌ای دارد. جدول پایین رو به خصوص از نظر تعداد سلول و تشخیص احتمالی دقیق یاد بگیر:

نوع	مثال	ظاهر	چسبندگی	تعداد WBC	ارجحیت سلولی
طبیعی	طبیعیه دیگه!	شفاف، زرد کم‌رنگ	عادی	کمتر از ۲۰۰	بیشتر تک هسته‌ای/ PMN< ۱۰٪
غیرالتهابی	استئوآرتریت، تروما	شفاف تا اندکی کدر	عادی	کمتر از ۲۰۰۰	بیشتر تک هسته‌ای/ PMN< ۳۰٪
التهابی غیرعفونی	آرتریت روماتوئید، نقرس	شدیداً کدر	کاهش‌یافته	۲۰۰۰-۵۰۰۰۰	PMN حدود ۷۰٪
عفونت	آرتریت باکتریایی	شدیداً کدر	کاهش‌یافته	بیشتر از ۵۰۰۰۰	PMN حدود ۹۰٪
	آرتریت سلی یا قارچی	کدر	کاهش‌یافته	۱۰۰۰۰-۳۰۰۰۰	PMN حدود ۵۰-۷۰٪

مبحث برخورد با اختلالات مفصلی.

الف | ب | **ج** | د

۳- در مورد اسپوندیلیت آنکیلوزان همه موارد زیر صحیح است، به‌جز: *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) یووئیت قدامی یکی از تظاهرات خارج مفصلی شایع به ویژه در افراد با HLAB27 مثبت می‌باشد.

ب) اولیگوآرتریت محیطی، انتزیت و داکتیلیت در زن‌ها شایع‌تر است.

ج) درد کمر در این افراد صبح‌ها بیشتر بوده و گاهی بیمار را از خواب بیدار می‌کند.

د) سبب الیگوآرتریت قرینه در اندام‌های فوقانی می‌شود.

مهم‌ترین ویژگی اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها سرونگاتیو بودنشان است (RF و ANA منفی).

درگیری مفاصل در اسپوندیلوآرتروپاتی به شکل الیگوآرتریت غیرقرینه‌ی مفاصل کوچک (بند انگشت) به خصوص در اندام تحتانی است، نه پلی‌آرتریت. سایر ویژگی‌های مشترک اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها رو یاد بگیر:

۱. آرتریت مفاصل محوری مثل ساکروایلیئیت و اسپوندیلیت؛ مهم‌ترین علامت بیمار درد کمر و گردن التهابی که در استراحت شروع شده، با فعالیت بهتر می‌شود و با خشکی صبحگاهی بیشتر از نیم تا یک ساعت همراه است.

۲. مثبت شدن HLA-B27

۳. انتزیت و التهاب محل اتصال تاندون به استخوان مانند تاندنیت آشیل و...

۴. داکتیلیت

۵. یووئیت قدامی

۶. آئورتیت

۷. فیبروز ریه به‌خصوص بخش فوقانی

در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها معمولاً سطح ESR و سایر واکنش‌دهنده‌های فاز التهابی مثل CRP و فریتین بالا است.

هرکدوم از این علائم به خصوص کمردرد التهابی و انتزیت رو دیدی، یک گرافی لگن بگیر که ساکروایلیئیت رو رد یا تأیید کنی، اگر نرمال بود ولی همچنان شک داشتی، از MRI مفصل ساکروایلیاک کمک بگیر.

مبحث اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها.

الف | ب | ج | **د**

۴- بیمار مرد جوان ۳۰ ساله با کونژنکتیویت و الیگوآرتریت اندام تحتانی مراجعه کرده است. دردهای بیمار صبح بیشتر بوده و خشکی صبحگاهی ۲ ساعته دارد. در معاینه، تورم تاندون آشیل دارد. سه هفته قبل سابقه عفونت ادراری دارد. آفت دهان و ضایعه پوستی را ذکر نمی‌کند. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) آرتریت روماتوئید

ب) سندرم رایتر

ج) اسپوندیلیت آنکیلوزان

د) Still بالغین

الیگوآرتریت غیر قرینه یا ساکروایلیئیت التهابی که در استراحت و صبح تشدید شده، با فعالیت بهتر می‌شود و خشکی بالای نیم ساعت دارد، به نفع اسپوندیلوآرتروپاتی است. سایر شواهد اسپوندیلوآرتروپاتی رو تو برو جواب ۴ رو بخون.

حالا اگر در کنار شواهد اسپوندیلوآرتروپاتی هفت مورد پایین رو دیدی، تشخیص سندرم رایتر یا آرتریت واکنشی است:

۱. سابقه‌ی فعالیت اخیر جنسی یا اسهال.

۲. اورتریت.

۳. کونژنکتیویت به صورت قرمزی چشم.

۴. زخم دهانی.

۵. ضخیمی ناخن بدون فرورفتگی یا Non pitting بر خلاف نوع پسوریاتیک.

۶. بالانیت حلقوی: راش روی پنیس.

۷. کراتودرما بلنوراژیکوم (راش کف دست و پا).

آرتریت در این سندرم در واکنش به اورتریت کلامیدیایی و یا اسهال عفونی ایجاد می‌شود.

آرتریت واکنشی معمولاً خود محدودشونده است.

مبحث اسپوندیلو آرتروپاتی‌ها.

الف **ب** ج د

۵- خانم ۶۶ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید از ۲۰ سال قبل که تحت درمان کورتون طولانی مدت می‌باشد، به دنبال سقوط از ۴ پله دچار درد گردن به شکل حاد و ناگهانی شده است. در مراجعه به اورژانس رادیوگرافی گردن به نظر طبیعی است. اقدام مناسب کدام است؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) اطمینان بخشی به بیمار و تجویز NSAID

ب) دادن Collar و مراجعه یک هفته بعد

ج) با احتمال تشدید بیماری روماتوئید دوز پردنیزولون افزایش یابد.

د) انجام سی‌تی‌اسکن از گردن جهت بررسی شکستگی



در تروما به گردن در صورت وجود این شش ریسک فاکتور، بیمار باید تحت تصویربرداری گردن و ستون فقرات گردنی ترجیحاً با سی‌تی‌اسکن قرار بگیرد:

۱. سن ۶۵ سال و بیش‌تر.

۲. پاراستزی اندام.

۳. مکانیسم ترومای خطرناک مثل سقوط از بیش‌تر از سه فوت یا پنج پله.

۴. استئوپروز شدید.

۵. مصرف گلوکوکورتیکوئید.

۶. کنسر.

در این خانم هم به علت سن بالا و سابقه مصرف استروئید باید برای اطمینان، سی‌تی‌اسکن گردنی بگیریم.

مبحث درد کمر و گردن.

الف ب ج **د**

۶- خانم ۶۵ ساله با سابقه سرطان پستان و متاستاز استخوانی از یک سال پیش با کمردرد پیش‌رونده از یک هفته قبل همراه با اختلال حرکت در اندام تحتانی از سه روز پیش به درمانگاه مراجعه کرده است. بهترین اقدام تشخیصی در این بیمار کدام است؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) گرافی ساده لومبوساکرال

ب) EMG-NCV اندام تحتانی

ج) Whole spine MRI

د) Whole body bone scan

در کمردرد حاد (زیر سه ماه)، معمولاً نیاز به گرافی نیست و بیمار را با یک مسکن یا ضد التهاب غیر استروئیدی درمان می‌کنیم. مگر در شرایطی که ریسک‌فاکتور یا Red flag داشته باشیم، در این صورت باید بیمار را با سی‌تی‌اسکن و یا MRI ستون فقرات ارزیابی کنیم. اندیکاسیون‌های تصویربرداری در کمر درد حاد رو یاد بگیر:

۱. سن ۷۰ سال و بالاتر.

۲. بدتر شدن درد هنگام شب و با استراحت.

۳. سابقه‌ی قبلی سرطان.

۴. سابقه‌ی تروما.

۵. بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع.

۶. سابقه‌ی مصرف داروی داخل وریدی.

۷. سابقه‌ی مصرف گلوکوکورتیکوئید.

۸. سابقه‌ی نقص نورولوژیک سریعاً پیشرونده.

۹. سابقه‌ی عفونت مزمن به خصوص ریه، ادرار و پوست.

۱۰. کاهش وزن و تب غیر قابل توجیه.

۱۱. تندرنس در لمس و دق ستون فقرات.

۱۲. توده‌ی شکمی رکتال یا لگنی.

۱۳. مثبت شدن یکی از تست‌های SLR، Reverse SLR، پاتریک یا دق پاشنه.

۱۴. نقص عصبی پیش‌رونده‌ی فوکال در معاینه.

مبحث درد کمر و گردن

الف | ب | **ج** | د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۷- خانم ۴۵ ساله با شکایت از درد دست‌ها که از ۴ ماه قبل شروع شده به شما مراجعه می‌کند. درد صبح‌ها بیشتر بوده و خشکی صبحگاهی ۱ ساعت دارد. در معاینه پلی آرتریت قرینه مفاصل PIPها، MCPها و مچ دست‌ها دارد. آنالیز ادراری CBC، ANA، Anti-CCP، RF، طبیعی است. بهترین تشخیص کدام است؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) آرتریت روماتوئید | **ب) لوپوس سیستمیک**

ج) پلی میوزیت | **د) اسکلرودرمی**

پلی‌آرتریت قرینه مفاصل کوچک دست و پا و مچ دست و پا و خشکی صبحگاهی بیش‌تر از یک ساعت به نفع آرتریت روماتوئید است.

درد در آرتریت روماتوئید التهابی بوده و با فعالیت بهتر می‌شود. علائم مفصلی آرتریت روماتوئید رو یاد بگیر:

۱. درد التهابی (با فعالیت بهتر و در استراحت و طول شب بدتر می‌شود)، تورم، گرمی و محدودیت حرکت مفصل

۲. خشکی صبحگاهی التهابی و بیش‌تر از یک ساعت

۳. هایپرتروفی سینوویال

۴. تنوسینویت

۵. دفورمیتی Z شکل که به دنبال انحراف اولنار در مفصل متاکارپوفالانژیال (MCP) و نیمه دررفتگی و انحراف رادیال در همین مفصل و مچ دست ایجاد می‌شود

۶. سندرم کارپال تونل که باعث پارستزی دست و انگشتان می‌شود

۷. دفورمیتی گردن قو (Swan- neck) و جادکمه‌ای (Boutonniere)

دو تا نکته یاد بگیر:

☝ فاکتور روماتوئید (RF) برای آرتریت روماتوئید، حساسیت بالا ولی اختصاصیت پایینی دارد و حتی گاهی منفی است.

✌ آرتریت روماتوئید بر خلاف استئوآرتریت مچ را می‌گیرد ولی مفصل DIP انگشت و ساکروایلیاک را درگیر نمی‌کند.

مبحث آرتریت روماتوئید

الف ب ج د

۸- خانم ۲۸ ساله‌ای مبتلا به لوپوس در ماه ششم بارداری مراجعه کرده است. بیماری کاملاً تحت کنترل است و بیمار روزانه یک عدد قرص هیدروکسی کلروکین دریافت می‌کند. وجود کدام‌یک از آنتی‌بادی‌های زیر احتمال لوپوس نوزاد را در فرزند این بیمار بالا می‌برد؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) Anti DNA | **ب) Anti Ro**

ج) Anti Cardiolipin | **د) Anti SM**

در خانم مبتلا به لوپوس با قصد بارداری باید آنتی‌بادی‌های زیر را چک کنیم:

☝ آنتی‌بادی‌های لوپوس نوزادی: Anti SSA (Anto-RO) و Anti SSB (Anti-La): این دو از جفت عبور می‌کنند و در

نوزاد احتمال بلوک قلبی مادرزادی (CHB) را افزایش می‌دهند. همینطور ریسک DVT و ترومبوز را در مادر مبتلا به لوپوس زیاد می‌کنند.

✌ آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی برای احتمال خطر سقط

مبحث لوپوس.

الف ب ج د

۹- خانم ۲۶ ساله با سابقه رینود از ۴ سال قبل به دلیل تنگی‌نفس مراجعه کرده است. سفتی پوست انگشتان و دست‌ها تا آرنج و پوست صورت دارد. در نواحی نوک انگشتان اولسر Pitting وجود دارد. در اکوکاردیوگرافی افزایش فشارخون ریوی گزارش شده است. عکس ریه طبیعی است. در آزمایشات ANA مثبت است. کدام بیماری مطرح است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) Morphea
ب) Scleredema
ج) Systemic Sclerosis
د) Scleromyxedema

این بیمار مبتلا به اسکلرودرمی سیستمیک از نوع محدود یا limited است. اسکلرودرمی نوعی واسکولوپاتی است که در نوع لوکال فقط پوست و در نوع سیستمیک علاوه بر پوست، احشا را هم درگیر می‌کند. نوع سیستمیک اسکلرودرمی به دو نوع محدود (صورت به همراه دیستال اندام زیر زانو و زیر آرنج) و منتشر (صورت به همراه دیستال و پروگزیمال اندام) تقسیم می‌شود. تظاهرات اسکلرودرمی رو مرور کنیم:

۱. تظاهرات پوستی به شکل ضخیم‌شدگی پوست و خوردگی بند دیستال انگشتان
۲. تلانژکتازی و پدیده‌ی رینود ثانویه، به همراه ANA مثبت و زخم‌شدگی و اولسر بند دیستال انگشت
۳. درگیری احشائی از جمله ریه که دو شکل شایع دارد:

☝ هایپرتانسیون ریوی یا PAH که بیش‌تر در نوع سیستمیک محدود و به همراه آنتی‌بادی Anti Centromer دیده می‌شود؛ بیمار تنگی‌نفس تدریجی، ادم اندام و FVC نرمال دارد، مثل این مریض.

✌ بیماری بینابینی ریه یا ILD که بیش‌تر در نوع سیستمیک منتشر و به همراه Anti-SCL70 دیده می‌شود؛ بیمار با سرفه، تنگی‌نفس تدریجی میاد. درگرافی ریه تغییرات بافت بینابینی ریه و در اسپیرومتری کاهش FVC دارد.

فیبروز ریوی، PAH، درگیری گوارشی و بیماری‌های قلبی علت اصلی مرگ این بیماران است. که بیش‌ترین مورتالیته مربوط به ضایعه ریوی است.

مبحث اسکلرودرمی.

الف ب ج د

۱۰- بیمار مرد ۳۷ ساله که با شکایت درد قدام قفسه سینه مراجعه نموده است. همچنین درد لگن دارد که به طور متناوب گاه در سمت چپ و گاه در سمت راست است. مشکل بیمار از ۲ سال قبل شروع شده است و خشکی صبحگاهی بیش از یک ساعت دارد. در گرافی لگن اسکلروز در مفاصل ساکروایلیاک دارد. محتمل‌ترین علت درد قفسه سینه بیمار چیست؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) Syndesmophytes
ب) Muscle Spasm
ج) Enthesitis
د) Esophageal Spasm

پنج ویژگی زیر رو تو هر گرافی‌ای دیدیم به اسپوندیلوآرتروپاتی مشکوک می‌شیم:

۱. استخوانی شدن دیسک بین‌مهره‌ای
۲. سین‌دسموفیت و ایجاد پل استخوانی بین دو مهره، فیوژن مهره‌ای، کاهش فضای بین مفصلی و در نهایت ایجاد نمای بامبو (Bamboo sign)
۳. اسکلروز و مربعی‌شدن تنه‌ی مهره
۴. درگیری مفاصل کوستوورتبرال که باعث محدودیت حرکات قفسه‌ی سینه و تنفس می‌شود.
۵. درگیری سطح غضروف در محل مفصل به صورت اسکلروز و اروزیون ساب‌کندرال

سه ویژگی تو این بیمار، اسپوندیلوآرتروپاتی به خصوص اسپوندیلیت آنکیلوزان رو مطرح می‌کنه:

آرتریت مفاصل محوری (ساکروایلیئیت و اسپوندیلیت) که به صورت درد کمر و گردن التهابی با خشکی بیش‌تر از نیم تا یک ساعت مشخص شده و در موارد پیشرفته به دنبال اسکلروز و فیوژن مهره‌ای، به سمت محدودیت حرکات کمری و مفاصل محوری پیش میره.

✌ اسکلروز مفاصل ساکروایلیاک در گرافی.

👌 التهاب محل اتصال تاندون به استخوان یا همون انتزیت که اینجا محل اتصال استرنوم به دنده رو به شکل درد قدام قفسه‌ی سینه درگیر کرده است.

مبحث اسپوندیلوآرتروپاتی.

الف | ب | **ج** | د

۱۱- آقای ۳۱ ساله با سابقه چند بار درد و قرمزی انگشت اول پا که خود به خود ظرف یک هفته بهبود می‌یابد مراجعه کرده است. در حال حاضر دچار تورم مچ پا و انگشت اول پای راست به همراه اریتم می‌باشد. در آزمایشات:

CRP=++, Uric Acid: 5.8(3-6.5), WBC: 4600, Hb: 12.1, Plt: 460000, ESR: 40, Cr=0.7

کدام جمله صحیح است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) با توجه به نرمال بودن اسید اوریک نقرس مطرح نمی‌باشد.
ب) با تشخیص نقرس ناپروکسن با دوز التهابی شروع می‌کنیم.
ج) از بیمار گرافی Foot درخواست می‌کنیم.
د) پس از آسپیراسیون مفصل با تشخیص آرتریت سپتیک آنتی‌بیوتیک شروع می‌کنیم.

بیمار ما با توجه به مونوآرتریت راجعه‌ی مفصل متاتارسوفارنژیال اول، به همراه شواهد التهابی از جمله ESR و CRP بالا مبتلا به نقرس است. اگرچه در هر مونوآرتریتی با شک به آرتریت سپتیک باید اول از همه مایع مفصلی رو آسپیره کنیم. ولی این جا به دو دلیل تشخیص نقرس واضحه:

۱. چندین بار این حملات در مفصل یکسان تکرار شده.

۲. آرتریت سپتیک بیش‌تر از همه زانو را درگیر می‌کند و با شواهدی از جمله لکوسیتوز و تب همراه است.

در فاز حمله‌ی نقرس، روی کاهش التهاب تمرکز می‌کنیم و نیازی به تجویز آلوپورینول برای کاهش اسید اوریک نیست. پس در فاز حاد علاوه بر بی‌حرکتی مفصل و کمپرس سرد، داروهای کاهنده التهاب مؤثر است، مثل:

۱. NSAIDها مثل ناپروکسن، ایندومتاسین و غیره که تجویز آن‌ها در نارسایی کلیه و اولسر پپتیک ممنوع است.

۲. کلشی‌سین خوراکی در ۴۸-۲۴ ساعت اول حمله. این دارو در نارسایی کلیه و اختلالات قلبی ممنوع است.

۳. گلوکوکورتیکوئیدها (به خصوص فرم داخل مفصل).

در حمله‌ی نقرس نیازی به اندازه‌گیری اسید اوریک نیست، چون ممکن است نرمال، بالا یا پایین باشد.

مبحث کریستالوپاتی.

الف **ب** ج د

۱۲- آقای ۴۸ ساله بدون سابقه بیماری قبلی از شب قبل دچار درد، تورم، گرمی و محدودیت حرکتی زانوی چپ شده است. سابقه تروما را ذکر نمی‌نماید. در معاینه، علاوه بر تورم مفصل زانو، تب ۳۸ درجه سانتی‌گراد دارد. اولین اقدام مناسب در وی چیست؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) رادیوگرافی مفصل زانو

ب) آسپیراسیون و آنالیز مایع مفصل

ج) شروع آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف

د) شروع NSAID با دوز التهابی

اولین کار در هر مونوآرتریت حادی رد آرتریت سپتیک با کمک آسپیراسیون و آنالیز مایع مفصلی است، به خصوص در بیماری بدون سابقه که شواهد عفونت از جمله تب، لکوسیتوز و غیره دارد.

آرتریت سپتیک علاوه‌بر آرتریت (تورم، اریتم، گرمی و تندرنس مفصلی شدید)، با تظاهراتی مثل تب (۳۹- ۳۸ درجه)، بی‌اشتهایی، ضعف و بی‌حالی، محدودیت شدید حرکات مفصلی، لکوسیتوز و ESR و CRP بالا همراه است.

اساس درمان آرتریت سپتیک، آنتی‌بیوتیک و درناژ مکرر مفصل (خارج کردن چرک) است.

در آنالیز مایع مفصلی مبتلا به آرتریت سپتیک چی داریم؟ لکوسیت ۵۰ هزار و بیش‌تر با ارجحیت PMN بیش‌تر از ۹۰ درصد + قند پایین + پروتئین و LDH بالا.

مبحث آرتریت سپتیک.

الف **ب** ج د

۱۳- آقای ۳۸ ساله با شکایت درد کمر همراه با خشکی صبحگاهی یک ساعته از ۵ ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه، محدودیت حرکات کمری در تمام جهات دارد. در رادیوگرافی، کاهش فضای دو طرفه مفاصل ساکروایلیاک و اسکلروز ساب‌کندرال دو طرفه مشهود است. اولین داروی مناسب جهت درمان کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) ایندومتاسین **ب) متوتروکسات**

ج) اینفلکسی‌ماب **د) سولفاسالازین**

این آقای جوون مبتلا به اسپوندیلوآرتروپاتی یا دقیق‌تر بگم، اسپوندیلیت آنکیلوزان است، میگی چرا؟ برو جواب ۴ رو بخون.

درمان اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها در مرحله‌ی اول، فیزیوتراپی و NSAID مثل ایندومتاسین است. اگر جواب نداد به عنوان خط دوم، داروی‌های ضد TNF-α مثل اینفلیکسی‌ماب یا اتانرسپت شروع می‌کنیم.

داروهای سرکوب‌کننده‌ی ایمنی مثل سولفاسالازین یا متوتروکسات روی اسپوندیلوآرتریت محوری یعنی کمردرد هیــچ تأثیری نداشته و فقط به بهبود درگیری محیطی کمک می‌کنند.

مبحث اسپوندیلو آرتروپاتی.

الف ب ج د

۱۴- آقای ۵۰ ساله‌ی دیابتی با درد شدید و تورم زانوی راست از روز گذشته مراجعه کرده است. در معاینه تب ۳۹ درجه و محدودیت خم شدن زانوی چپ دارد. در رنگ‌آمیزی مایع سینوویال، باکتری گرم + دیده شده است. کدام اقدام زیر علاوه‌بر تجویز آنتی‌بیوتیک ضرورت دارد؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) چک پروتئین و LDH افیوژن مفصلی **ب) سونوگرافی مفصل زانو**

ج) درناژ مکرر زانو **د) آرتروتومی اورژانسی**

این بیمار با توجه به مونوآرتریت حاد به همراه تب و وجود باکتری در آنالیز مایع مفصلی مبتلا به آرتریت سپتیک است. اساس درمان این بیماری باید آنتی‌بیوتیک و درناژ مفصل (خارج کردن چرک) است. برگرد جواب ۱۲ رو بخون.

مبحث آرتریت سپتیک.

الف ب **ج** د

۱۵- خانم ۷۲ ساله‌ای با درد کمر تیر کشنده به اندام تحتانی راست که از یک هفته قبل شروع شده است مراجعه می‌کند. سابقه‌ی بیماری آرتریت روماتوئید از ۵ سال قبل و مصرف پردنیزولون ۵ میلی‌گرم روزانه و متوتروکسات ۱۰ میلی‌گرم هفتگی را در این مدت ذکر می‌کند. در معاینه تندرنس در دق در مهره‌ی توراسیک ۴ و ۵ دارد. SLR منفی می‌باشد. کدام‌یک از موارد زیر به عنوان Red Flag در بررسی ایشان در نظر گرفته نمی‌شود؟ *(پره‌انترنی آذر و خرداد ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) سن بیمار **ب) مصرف پردنیزولون**

ج) تندرنس در دق مهره **د) درد تیرکشنده به اندام**

در این بیمار سن بالای ۷۰، سابقه‌ی مصرف گلوکوکورتیکوئید و تندرنس در دق ستون فقرات جزء Red Flagهای کمر درد حاد است و باید با سی‌تی‌اسکن یا MRI ارزیابی شود. انتشار درد به اندام، فاکتور خطر نیست. بقیه Red Flagها رو یادته؟! اگر نه برو جواب ۶ رو بخون.

مبحث درد کمر و گردن.

الف ب ج **د**

۱۶- خانم ۵۹ ساله‌ای با درد قسمت قدامی ران راست به مدت ۲ هفته مراجعه نموده است. درد در هنگام خواب تشدید می‌شود. در معاینه Hip حرکات Rotation خارجی و داخلی نرمال می‌باشد. Abduction هیپ نرمال بوده ولی با اکستانسیون و فلکسیون هیپ درد بیمار تشدید می‌شود. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) معاینه و گرفتن history بیمار کافی است.
ب) انجام MRI ناحیه‌ی هیپ راست.
ج) انجام سونوگرافی مفصل هیپ راست.
د) انجام اسکن رادیوایزوتوپ

بیمار مبتلا به بورسیت ایلئوپسواس است. محل بورس بین عضله‌ی ایلئوپسواس و مفصل هیپ است که التهاب آن با درد در ناحیه‌ی کشاله‌ی ران، قدام ران و درد در حرکات اکستنشن و فلکشن هیپ همراه است. از آنجایی که تشخیص بورسیت ایلئوپسواس بالینی است، پس معاینه و گرفتن شرح حال برای تشخیص کفایت می‌کند.

مبحث اختلالات اطراف مفصلی.

الف ب ج د

۱۷- آقای ۶۵ ساله‌ای با درد هر دو زانو از یک سال قبل مراجعه کرده است. درد با فعالیت تشدید و با استراحت بهبود می‌یابد. خشکی صبحگاهی ندارد، سابقه‌ی بیماری دیگری ندارد. داروی خاصی مصرف نمی‌کند. دو خواهر بیمار مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید می‌باشند. در معاینه کریپتاسیون در فلکسیون کامل زانوها دارد و افیوژن زانوها یافت نمی‌شود. معاینه سایر مفاصل نرمال هستند. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) درمان دارویی و غیر دارویی مناسب
ب) رادیوگرافی زانوها
ج) درخواست آزمایشات RF-ESR-CRP-Uric acid
د) MRI زانوها

این بیمار با توجه به سن بالا و ویژگی‌های درد زانو (تشدید درد با فعالیت، نداشتن خشکی صبحگاهی)، مبتلا به یک بیماری غیرالتهابی است. درد غیرالتهابی در کنار کریپیتاسیون مفصلی به نفع استئوآرتریت است. در استئوآرتریت اگر تظاهرات بالینی و شرح حال کاملا بر استئوآرتریت منطبق بود، نیاز به اقدام تشخیصی دیگری نیست و باید درمان رو با درمان حمایتی و دارویی مناسب (مسکن انتخابی مثل استامینوفن) شروع کنیم.

ویژگی‌های استئوآرتریت چیه؟ درد مفصلی غیرالتهابی به خصوص در زانو که با فعالیت تشدید می‌شود و خشکی صبحگاهی کم‌تر از ۳۰ دقیقه دارد + کریپتاسیون و محدودیت در حرکات مفصلی/ درگیری زانو به صورت افیوژن مفصلی، ژنوواروس و حتی

پارگی منیسک زانو/ استئوفیت مفصلی/ تست شراگ مثبت (درد شدید زانو و کریپیتاسیون هنگام انقباض عضله چهارسر ران)/ WBC کم‌تر از ۲ هزار با ارجحیت تک هسته‌ای‌ها در آنالیز مفصلی.

مبحث استئوآرتریت.

الف ب ج د

۱۸- خانم ۳۰ ساله‌ای با درد و تورم مفاصل از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی ۱ ساعته دارد. در معاینه مفاصل، مچ دست‌ها و متاکارپوفالانژیال ۲ و ۳ هر دو دست متورم و حساس می‌باشد. کمردرد ندارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) نقرس
ب) آرتریت روماتوئید
ج) آرتریت واکنشی
د) اسپوندیلیت آنکیلوزان

همه‌ی شواهد بیمار منطبق بر آرتریت روماتوئید است، مثل:

۱. درد با شواهد التهابی از جمله خشکی صبحگاهی طولانی و بیش‌تر از یک ساعت.

۲. درگیری پلی‌آرتریت قرینه مفاصل مچ دست (MCP) و PIPها، بدون درگیری مفصل ساکروایلیاک و DIP.

سایر ویژگی‌های آرتریت روماتوئید رو برگرد تو جواب ۷ بخون.

مبحث آرتریت روماتوئید.

الف **ب** ج د

۱۹- خانم ۲۵ ساله‌ای به علت درد صبحگاهی مفاصل مراجعه کرده است. علائم در چند ماه اخیر شروع شده و با زخم‌های دهانی همراه بوده است. در آزمایشات یافته‌های زیر وجود دارد:

WBC: 3200, Hb: 11, Platelet: 90000, ESR: 35, C3: 70 (normal: 80-120), C4: 6 (normal: 10-40)

بیمار تحت درمان قرار گیرد و بیماری کنترل می‌شود. وی قصد بارداری دارد. اندازه‌گیری کدام آنتی‌بادی قبل بارداری اهمیت بیش‌تری دارد؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) Anti- RO
ب) Anti-Smith
ج) Anti-Platelet
د) Anti-dsDNA

با توجه به درد صبحگاهی مفاصل، زخم‌های دهانی، لوکوپنی کم‌تر از ۴۰۰۰ و ترومبوسیتوپنی کم‌تر از ۱۰۰۰۰۰ و کاهش C4 و C3، این خانم جوان مشکوک به لوپوس است. همونطور که تو جواب ۹ خوندی باید، قبل از بارداری در لوپوس، آنتی‌بادی‌های نوزادی Anti SSA (Anto-RO) و Anti SSB (Anti-LA) رو چک کنیم، چون این دو با عبور از جفت احتمال بلوک قلبی در نوزاد را زیاد می‌کنند.

مبحث لوپوس.

الف ب ج د

۲۰- در ارزیابی اختلالات مفصلی و غیرمفصلی، کدام‌یک از یافته‌های زیر در اختلالات غیرمفصلی شایع‌تر است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) crepitation
ب) swelling
ج) joint deformity
د) Point tenderness

برای افتراق مفصلی بودن یا نبودن یک درد باید به سه نکته‌ی زیر توجه کنیم:

۱. درد مفصلی معمولاً عمقی و منتشر است ولی درد با منشأ خارج مفصلی به صورت تندرنس نقطه‌ای در فضای خارج مفصلی مشخص می‌شود.

۲. اختلال مفصلی با محدودیت در حرکات فعال و غیرفعال همراه است، ولی در موارد خارج مفصلی، فقط در حرکات فعال محدودیت داریم.

۳. در اختلال مفصلی، شواهدی از جمله تورم مفصلی، کریپیتاسیون، دفورمیتی، ناپایداری و قفل‌شدگی مفصل داریم، در صورتی که در موارد غیرمفصلی همچین شواهدی را به ندرت می‌بینیم.

مبحث برخورد با اختلالات مفصلی

الف | ب | ج | **د**

۲۱- آقای ۳۰ ساله‌ای با درد شانه مراجعه کرده است و در معاینه تست Yergason's supination مثبت است. تشخیص محتمل کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) تاندونیت سوپرا اسپیناتوس
ب) تاندونیت اینفرا اسپیناتوس
ج) بورسیت ساب‌اکرومیال
د) تاندونیت بای‌سپس

هر وقت تست Yergason در بیماری با درد شانه مثبت شد، تشخیص تاندونیت بای‌سپس است. در این تست بیمار به دنبال مقاومت در برابر سوپیناسیون ساعد در حالی که آرنج ۹۰ درجه خم است، بیمار درد شدید را در مسیر تاندون بای‌سپس ذکر می‌کند. محل درد بیمار در قدام بازو با انتشار به ساعد است و ابداکشن و چرخش خارجی بازو دردناک و محدود است.

مبحث اختلالات اطراف مفصلی

الف | ب | ج | **د**

۲۲- کدام‌یک از موارد زیر مطرح‌کننده‌ی آرتریت التهابی نیست؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) برطرف شدن کامل درد با استراحت
ب) خشکی صبحگاهی بیش‌تر از ۱ ساعت
ج) همراهی آرتریت با علائم سیستمیک
د) تورم، گرمی و افیوژن در مفصل

در همه‌ی سوالات روماتولوژی، باید درد التهابی رو از درد غیرالتهابی و مکانیکال تشخیص بدیم، برای افتراقش به نکات زیر توجه کن. درد التهابی مثل آرتریت عفونی، آرتریت روماتوئید، لوپوس و نقرس در مقابل درد غیرالتهابی و مکانیکال مثل درد ناشی از تروما، بورسیت و استئوآرتریت.

۱. شواهد التهاب: درد التهابی با شواهد التهاب همراه است، ولی این شواهد رو در موارد غیرالتهابی نداریم: التهاب مفصلی مثل اریتم، گرمی و قرمزی مفصل/ التهاب سیستمیک مثل خستگی، تب، راش و کاهش وزن/ شواهد آزمایشگاهی التهاب مثل ESR و CRP بالا، آنمی نرموکروم و ترومبوسیتوز.

۲. خشکی صبحگاهی: درد التهابی با خشکی طولانی بیش‌تر از یک ساعت همراه است ولی در موارد غیرالتهابی خشکی مفصلی در حد کم‌تر از یک ساعت است.

۳. اثر فعالیت بر درد: در التهاب بر خلاف موارد غیرالتهابی، درد با فعالیت بهبود می‌یابد. پس درد التهابی بیش‌تر در استراحت حس می‌شود، ولی درد غیرالتهابی بیش‌تر پس از فعالیت بدنی حس می‌شود.

۴. آنالیز مایع مفصلی: در موارد غیرالتهابی مثل استئوآرتریت، کم‌تر از ۲ هزار تا WBC داریم، اونم با ارجحیت تک سلولی ولی در التهاب بیش‌تر از ۲ هزار سلول با ارجحیت PMN داریم (بالای ۷۰ درصد).

مبحث برخورد با اختلالات مفصلی.

الف | ب | ج | د

۲۳- خانم ۲۵ ساله‌ای به علت ضعف و خستگی و آرترالژی مراجعه کرده است. در معاینه علائم حیاتی طبیعی است. ریزش مو و راش روی گونه‌ها بدون درگیری چین نازولابیال دیده می‌شود. زخم دهانی بدون درد در کام دیده می‌شود. آرتریت مفاصل PIP و MCP دارد. در پیگیری این بیمار همه‌ی اقدامات زیر ضروری است، بجز: *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- مشترک کشوری)*

الف) اکوکاردیوگرافی (EKG)
ب) کامل ادرار ـ کراتینین
ج) CBC- Plt ـ ESR
د) رادیوگرافی از مفاصل ساکروایلیاک



این بیمار مشکوک به لوپوس است. برای زدن مارک لوپوس باید از ۱۱ مورد حداقل ۴ مورد به همراه ANA مثبت داشته باشیم.

۱. مالار راش.

۲. ضایعات دیسکوئیدی ☜ اریتم برجسته و سکه مانند که پوسته‌ریزی و اسکار دارد.

۳. حساسیت پوستی در واکنش به نور آفتاب.

۴. زخم بدون درد دهانی یا نازوفارنکس.

۵. آرتریت غیر خورنده در دو یا چند مفصل محیطی: که به شکل تورم یا تندرس.

۶. سروزیت ☜ پریکاردیت و پلوریت.

۷. اختلال کلیوی به صورت پروتئینوری بیش‌تر از ۵۰۰ میلی‌گرم روزانه یا بیش‌تر از +۳ یا کست‌های سلولی یا بیوپسی دال بر نفریت لوپوسی.

@MEDICA_CHANNEL

۸. اختلال خونی شامل آنمی همولیتیک (نرموکروم نرموسیتیک) کومبس مثبت/ یا لوکوپنی کم‌تر از ۴۰۰۰ و یا لنفوپنی کم‌تر از ۱۵۰۰/ یا ترومبوسیتوپنی غیر دارویی).

۹. اختلال عصبی مثل تشنج یا سایکوز.

۱۰. اختلال ایمنی به صورت مثبت شدن یکی از اتوآنتی‌بادی‌های: ۱- Anti dsDNA، ۲- Anti Smith، ۳- آنتی‌بادی آنتی‌فسفولیپید مثل آنتی‌کاردیولیپین، آنتی‌کواگولان لوپوسی و یا VDRL (تست سفلیس) مثبت کاذب برای ۶ ماه در نبود ترپونما پالیدوم.

۱۱. ANA مثبت: تیتر ۱/۸۰ و همینطور الگوی محیطی یا Rim برای ANA داد میزنه، لوپوس!

این خانم در حال حاضر سه معیار لوپوس را دارد (مالار راش، زخم دهانی، آرتریت). برای تشخیص و پیگیری لوپوس باید این موارد را چک کنیم:

۱. ANA

۲. برای علائم قلبی اکو و EKG

۳. برای علائم کلیوی آزمایش کامل ادرار و کراتینین

۴. برای علائم خونی PLT، CBC و ESR.

مبحث لوپوس.

الف ب ج **د**

۲۴- خانم بارداری در سه ماهه‌ی سوم بارداری با درد شدید در ناحیه‌ی رادیال مچ دست راست از سه ماهه‌ی دوم بارداری مراجعه کرده است. در معاینه حساسیت شدید در ناحیه‌ی رادیال مچ دست دارد و حرکت دست به سمت اولنار درد را تشدید می‌کند. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) سندرم تونل کارپال

ب) تنوسینوویت دکرون

ج) شکستگی انتهای استخوان رادیوس

د) اوستئوآرتریت قاعده‌ی اولین انگشت دست



درد در ناحیه‌ی رادیال مچ دست و انگشت شست چند تشخیص داره، ولی سه ویژگی، تشخیص تنوسینوویت دکوروان را پررنگ می‌کند:

۱. درد شست یا رادیال مچ که حداکثر درد آن روی استیلوئید رادیوس است.

۲. درد با حرکت شست به سمت کف دست یا اولنار تشدید می‌شود: تست فینکلشتاین یا Finkelstein مثبت. شست رو روی کف دست قرار داده و باقی انگشتان را فلکس می‌کنیم که درد شدید حس می‌شود.

۳. شرح حال بارداری یا افرادی که زیاد بچه بغل می‌کنند.

مبحث اختلالات اطراف مفصلی.

الف **ب** ج د

@MEDICA_CHANNEL

۲۵- خانم ۳۷ ساله‌ای با درد و تورم در مفاصل زانوها و مفاصل بین انگشتی پروگزیمال PIP هر دو دست از دو هفته پیش مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی طولانی مدت تا ظهر را ذکر می‌کند. در بررسی‌های آزمایشگاهی Anti CCP حدود ۱۱۰۰ با نرمال ۵ دارد. کدام‌یک از موارد زیر در تشخیص بیماری ایشان بر اساس معیارهای طبقه‌بندی کاربرد کم‌تری دارد؟ *(پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) تعداد مفاصل گرفتار

ب) طول مدت علائم

ج) طول مدت خشکی صبحگاهی بیمار

د) تیتر آنتی CCP

برای تشخیص قطعی آرتریت روماتوئید حداقل امتیاز ۶ امتیاز از ۱۰تا لازم است. جدول کرایتریا رو ببین:

درگیری مفصلی	یک مفصل بزرگ	۰
	۱۰- ۲ مفصل بزرگ	۱
	۳-۱ مفصل کوچک	۲
	۱۰-۴ مفصل کوچک	۳
	بیشتر از ۱۰ مفصل (حداقل ۱ مفصل کوچک)	۵
سرولوژی	منفی بودن RF و Anti-CCP	۰
	تیتر پایین RF یا Anti-CCP	۲
	تیتر بالای RF یا Anti-CCP	۳
واکنش‌دهنده‌های فاز حاد	CRP یا ESR بالا	۱
طول مدت علائم	بیشتر مساوی ۶ هفته	۱

با توجه به سوال، بیمار ۸ نمره را می‌گیرد. طول مدت خشکی صبحگاهی جزء کرایتریای تشخیصی نیست.

مبحث آرتریت روماتوئید

الف ب **ج** د

۲۶- خانم ۳۰ ساله‌ای مبتلا به بیماری لوپوس از چهار سال قبل، که تحت درمان با ۱۰ میلی‌گرم پردنیزولون و ۱۰۰ میلی‌گرم آزاتیوپرین روزانه است، در حال حاضر تمایل به حاملگی دارد. تمام موارد زیر در مورد اقدامات قبل از حاملگی در ایشان صحیح است، بجز: *(پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) بیماری به مدت ۶ ماه قبل حاملگی از جهت بالینی و آزمایشگاهی خاموش باشد.

ب) اتوآنتی‌بادی‌های آنتیSSA و آنتیSSB و آنتی‌فسفولیپید باید قبل از حاملگی چک شود.

ج) در صورت مثبت شدن اتوآنتی‌بادی‌های RO و LA در ایشان از هفته‌ی ۱۶ حاملگی باید مانیتورینگ قلب جنینی به طور سریال انجام شود.

د) با توجه به مصرف آزاتیوپرین و استروئید اجازه‌ی حاملگی به این بیمار داده نمی‌شود.

از داروهای لوپوس در بارداری؛ آزاتیوپرین در دوران بارداری برای نفریت لوپوسی مفید است اما متوتروکسات ممنوع است. فرم صحیح هر گزینه رو یاد بگیر:

- می‌دونیم که لوپوس احتمال سقط رو بالا می‌بره. در کل بارداری، لوپوس رو شعله‌ور می‌کنه. پس خانم مبتلا به لوپوس، زمانی بهتره باردار بشه که حداقل ۶ ماه، بیماری خاموش یا تحت کنترل باشه. (درستی گزینه الف)
- قبل از بارداری در بیمار مبتلا به لوپوس باید آنتی‌بادی‌های نوزادی RO و LA و همینطور آنتی‌فسفولیپید را چک کنیم.

این آنتی‌بادی‌های لوپوس نوزادی، با عبور از جفت در نوزاد احتمال بلوک قلبی مادرزادی (CHB) و در مادر احتمال ترومبوز (DVT) را زیاد می‌کنند. پس در صورت مثبت شدن آن‌ها، از هفته‌ی ۱۶ حاملگی باید به صورت سریال قلب جنین را مانیتور کنیم. (درستی گزینه ب و ج)

مبحث لوپوس.

الف ب ج **د**

۲۷- کدام‌یک از بیماری روماتولوژیک زیر معمولاً سیر خود محدود شونده دارد؟ *(پره‌انترنی فرداد ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) اسپوندیلیت انکیلوزان
ب) آرتریت پسوریاتیک
ج) آرتریت روماتوئید
د) آرتریت واکنشی

آرتریت راکتیو یا واکنشی در واکنش به اورتریت کلامیدیایی و یا اسهال عفونی ایجاد می‌شود. آرتریت واکنشی حاد، معمولاً خود محدود شونده است. علائم مفصلی با تجویز NSAID و تزریق داخل مفصلی گلوکوکورتیکوئید درمان می‌شود. اگر آرتریت واکنشی مزمن همراه با اسپوندیلیت باشد، همانند سایر اشکال اسپوندیلیت درمان می‌شود. در افراد مبتلا به آرتریت واکنشی، ارزیابی و درمان کلامیدیا تراکوماتیس و بیماری مقاربتی بیمار و پارتنرش اهمیت دارد. در درمان آرتریت واکنشی ناشی از دیسانتری، آنتی‌بیوتیک مؤثر نیست.

مبحث اسپوندیلو آرتروپاتی‌ها.

الف ب ج **د**

۲۸- خانم ۲۰ ساله‌ای به دلیل آرتریت در مچ دست و انگشتان مراجعه کرده است. در معاینه ضایعات اریتماتو روی گونه‌ها و بینی دارد و از زخم‌های داخل بینی و دهان و ریزش موی شدید نیز شاکی است. در آزمایشات همراه ایشان پروتئینوری حدود ۱۸۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت گزارش شده و میزان پلاکت نیز ۹۱۰۰۰ است. برای تشخیص بیماری ایشان کدام‌یک از آزمایشات زیر کمک کننده است؟ *(پره‌انترنی فرداد ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) Anti CCP
ب) P ANCA
ج) Anti dsDNA
د) C ANCA

برای تشخیص SLE وجود حداقل ۴ معیار از ۱۱معیار لازم است. تو جواب ۲۴ برگرد، ۱۱ معیار لوپوس رو بخون.

این بیمار ۵ معیار لوپوس رو پر میکنه، یعنی:

۱. راش مالار پروانه‌ای.

۲. زخم‌های دهان و نازوفارنکس.

۳. بیماری کلیوی (پروتئینوری بیش‌تر از ۵۰۰ میلی‌گرم روزانه یا بیش‌تر از ۳+ یا کست‌های سلولی.

۴. آرتریت غیرخورنده (درگیری حداقل ۲ مفصل با افیوژن و تندرنس).

۵. بیماری خونی (ترومبوسیتوپنی کم تر از ۱۰۰۰۰۰).

پس تشخیص SLE است و باید علاوه بر Anti- smith, Anti- dsDNA, ANA را هم چک کنیم. آنتی‌بادی‌های Anti-dsDNA و Anti-Smith برای لوپوس اختصاصی‌ترند.

Anti- dsDNA با شدت فعالیت بیماری لوپوس و همینطور درگیری کلیوی در ارتباط است.

مبحث لوپوس.

الف | ب | **ج** | د

۲۹- آقای ۵۰ ساله‌ای به علت کمردرد از ۹ ماه قبل مراجعه کرده است. بیمار ذکر می‌کند در طی این مدت درد سیر پیشرونده داشته و در بعضی از روزها فقط درد باسن دارد. از خشکی صبحگاهی یک ساعته در ناحیه‌ی کمر شاکی است و بهبود درد را با فعالیت ذکر می‌کند. کدام‌یک از یافته‌های بیمار با کمردرد التهابی کم‌تر همخوانی دارد؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۷- مشترک کشوری)*

الف) سن بیمار

ب) درد باسن

ج) مدت شروع علائم

د) بهبود درد با فعالیت



اگر کمر درد مزمن بیش‌تر از سه ماه شرایطی به نفع التهابی بودن داشت، باید حتماً گرافی مفصل ساکروایلیاک بگیریم و شرایطی مثل اسپوندیلوآرتروپاتی را رد کنیم:

۸ کرایتریای کمردرد التهابی در دردهای مزمن (بالای سه ماه)، رو یاد بگیر:

۱. سن شروع زیر ۴۰ سال

۲. تدریجی بودن

۳. بهبود درد با فعالیت

۴. عدم بهبود با استراحت

۵. درد شبانه‌ای که با بلند شدن بهتر می‌شود.

۶. بیمار رو از خواب بیدار می‌کنه.

۷. خشکی صبحگاهی بالای ۳۰ دقیقه.

۸. درد باسن

در کل درد کمر بالای سه ماه در فرد جوان کم‌تر از ۴۵ سال، را باید حتماً ارزیابی کنیم. سن این مریض به کمردرد التهابی نمی‌خورد.

مبحث درد کمر و گردن.

الف | ب | ج | د

۳۰- خانمی ۵۶ ساله و چاق با درد مکانیکی زانوها از یک سال قبل مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی و علائم سیستمیک ندارد و درد در حین استراحت را ذکر نمی‌کند. علائم حیاتی Stable است. زانوها متورم هستند. انتظار کدام یافته‌ی زیر را کم‌تر از بقیه دارید؟ *(پره‌انترنی دی ۹۷- میان‌دوره‌ی کشوری)*

الف) تعداد گلبول سفید مایع مفصل کم‌تر از 1000µL

ب) قرمزی بر روی مفاصل زانو

ج) وجود کریپیتاسیون در معاینه‌ی زانو

د) تشدید درد حین بالا رفتن از پله

درد مکانیکی یا غیرالتهابی با فعالیت تشدید می‌شود، شواهد التهابی موضعی از جمله قرمزی مفصل و شواهد التهاب سیستمیک از جمله تب و ESR و CRP بالا ندارد. در آنالیز مایع مفصلی کم‌تر ۲ هزارتا WBC و با ارجحیت تک هسته‌ای دارد (PMN کم‌تر از ۳۰ درصد). کریپیتاسیون از ویژگی‌های مهم در استئوآرتریت است. برگرد جواب ۲۲ رو بخون.

مبحث برخورد با اختلالات مفصلی.

الف **ب** ج د

۳۱- خانم ۵۵ ساله‌ای با سابقه‌ی دیابت به علت درد شانه‌ی راست مراجعه کرده است. درد از ۴ ماه قبل شروع شده است. درد مداوم است و شب‌ها نیز وجود دارد. در معاینه محدودیت حرکات در تمام جهات وجود دارد. کدام تشخیص زیر مطرح می‌گردد؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)*

الف) بورسیت ساب‌آکرومیون

ب) کپسولیت چسبنده

ج) تاندونیت عضله‌ی دو سر

د) پارگی تاندون روتاتورکاف

این خانم مبتلا به کپسولیت چسبنده یا Frozen shoulder است. بیا با هم دو تا بیماری مهم در حوالی شانه را مرور کنیم.

تاندونیت روتاتور کاف در مقابل کپسولیت چسبنده یا Frozen shoulder:

۱. تاندونیت روتاتور کاف معمولاً در افراد مسن بالا ۴۰ سال و پرتحرک دیده میشه که به صورت مکرر و زیاد شانه رو بالا می‌برند، مثل تنیس بازی، شنا یا نقاش ساختمان، درست برخلاف کپسولیت چسبنده که در افراد مسن بالای ۵۰ سال و بی‌حرکت دیده میشه که معمولاً یک بیماری زمینه‌ای مثل دیابت، MI یا بیماری مزمن ریوی دارند.

۲. تاندونیت روتاتور کاف با محدودیت حرکات فعال شانه به خصوص در حین بالا بردن بین ۶۰ تا ۱۲۰ درجه همراه است (علامت گیرافتادگی یا Impingment)، ولی در کپسولیت چسبنده علاوه بر حرکات فعال، حرکات غیر فعال هم محدود شده و بیمار خیلی از درد شبانه و بی‌خوابی ناشی از آن شکایت دارد.

۳. محل درد در تاندونیت روتاتور کاف در سمت خارج سر هومروس، زیر آکرومیون است و با بورسیت ساب آکرومیون همراهی دارد.

۴. تشخیص تاندونیت روتاتور کاف نیاز به تأیید با تصویربرداری سونوگرافی، MRI یا آرتروگرام دارد، ولی تشخیص کپسولیت چسبنده بالینی است و بلافاصله درمان را شروع می‌کنیم.

۵. درمان هر دو بیماری شامل فیزیوتراپی، تجویز ضد التهاب و در صورت نیاز تزریق موضعی استروئید است. در هر دو بی‌حرکتی شانه ممنوع است. فقط در تاندونیت روتاتور کاف در صورت پارگی تاندون، جراحی گاهی لازم می‌شود.

مبحث اختلالات اطراف مفصلی.

الف **ب** ج د

۳۲- خانم ۵۴ ساله‌ای با سابقه‌ی فشار خون بالا و تشنج که تحت درمان می‌باشند با علائم سروزیت، تب و مالار راش بررسی شدند و تشخیص لوپوس برای ایشان مطرح شد. کدام‌یک از داروهای زیر می‌تواند در ایجاد بیماری لوپوس دخیل باشد؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)*

الف) کاپتوپریل **ب) آملودیپین** **ج) پرازوسین** **د) فوروزماید**

داروهایی که باعث لوپوس دارویی می‌شود رو یاد بگیر: داروهای ضدآریتمی (پروکائین‌آمید)، ضد فشار خون (مثل کاپتوپریل، بتابلاکر، هیدرالازین)، ضد تیرویید (PTU)، ضد سایکوز (لیتیوم)، ضد تشنج (فنی‌توئین، کاربامازپین) و بعضی آنتی‌بیوتیک‌ها مثل ایزونیازید.

مبحث لوپوس.

الف ب ج د

۳۳- خانم ۳۵ ساله‌ای با درد شانه‌ی راست از حدود ۲ ماه پیش مراجعه نموده است. درد شب‌ها با خوابیدن روی شانه‌ی راست تشدید می‌شود. در معاینه‌ی حرکات اکتیو شانه‌ی راست فقط در ابداکشن باعث ایجاد درد در قوس ۶۰ تا ۱۲۰ درجه می‌شود. کدام‌یک از تشخیص‌های زیر برای بیمار بیش‌تر مطرح است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸-قطبی)*

الف) آرتریت شانه‌ی راست **ب) تاندونیت بای سپس**

ج) تاندونیت روتاتورکاف شانه **د) بورسیت ساب‌اکرومیون**

درد شانه در حرکات فعال به خصوص حین بالا بردن و ابداکشن در ۶۰ تا ۱۲۰ درجه به نفع تاندونیت روتاتور کاف است. اگر درد و محدودیت در ابداکشن و چرخش خارجی شانه بود، تاندینیت بای‌سپس مطرح می‌شود. برگرد جواب ۳۱ رو بخون.

مبحث اختلالات اطراف مفصلی.

الف ب **ج** د

۳۴- مرد ۲۵ ساله‌ی غیر سیگاری به علت درد مفاصل به مدت ۳ ماه مراجعه کرده، خشکی صبحگاهی به مدت ۴۵ دقیقه در مفاصل مچ و دست‌ها دارد. تب و لکوسیتوز ندارد. در معاینه مفاصل اینترفالنژیال و مچ هر دو دست متورم هستند و ضخامت سینوویال در هر دو مچ دیده می‌شود. در CXR پلورال افیوژن در حد متوسط در سمت راست دارد. بررسی کدام‌یک از موارد زیر در مایع جنب به تشخیص علت افیوژن پلور کمک بیش‌تری می‌کند؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۶- مشترک کشوری)*

الف) گلوکز کم‌تر از 60mg/dl در مایع جنب **ب) پروتئین بیش‌تر از 3.5g/dl در مایع جنب**

ج) اسمیر و کشت مایع جنب **د) فاکتور روماتوئید بیش‌تر از ۱/۳۲۰ در مایع جنب**

این بیمار با توجه به سه ویژگی مفصلی به آرتریت روماتوئید مشکوک است:

۱. درد، تورم و قرمزی مفصلی قرینه در مفاصل کوچک (مچ پا، دست و انگشتان).

۲. خشکی صبحگاهی بالای نیم ساعت.

۳. هایپرتروفی و افزایش ضخامت سینوویوم.

پلورال افیوژن از همراهی‌های آرتریت روماتوئید است که سه ویژگی مهم دارد: قند پایین (زیر ۶۰)، پروتئین بالا و تیتر بالای فاکتور روماتوئید (بیش‌تر از ۱:۳۲۰). تیتر فاکتور روماتوئید بیش‌ترین کمک را به افتراق از سایر علل پلورال افیوژن می‌کند.

مبحث آرتریت روماتوئید.

الف | ب | ج | **د**

۳۵- مرد ۶۵ ساله‌ای با درد مزمن زانوها به ویژه به دنبال بالارفتن از پله، به علت تشدید درد زانوی راست از حدود ده روز قبل مراجعه کرده است. در معاینه زانوی چپ کریپیتاسیون دارد. زانوی راست گرم است و افیوژن متوسط دارد. در آزمایشات شمارش سلول‌های خونی، کراتینین و اسید اوریک سرم در حدود طبیعی است. کدام تشخیص زیر برای وی محتمل‌تر است؟

(پره‌انترنی اسفند ۹۶- مشترک کشوری)

الف) آرتریت سپتیک

ب) آرتریت ناشی از پیروفسفات کلسیم

ج) آرتریت نقرسی

د) آرتریت واکنشی

بیمار مبتلا به بیماری رسوب کلسیم پیروفسفات (CPPD) یا نقرس کاذب است. این بیماری معمولاً روی یک مفصل درگیر مثلاً درگیر استئوآرتریت، ایجاد می‌شود و تشدیدش می‌کند. بر خلاف نقرس، شروع علائم تدریجی، طول مدت حمله بیش‌تر و سطح اسید اوریک طبیعی است. در حملات حاد بیش‌تر زانو را با درد مکانیکی و فعالیتی درگیر می‌کند. برای تشخیص آسپیراسیون مفصلی ضروری است که کریستال‌های داخل سلولی لوزی‌شکل (رومبوئید) با انکسار مضاعف مثبت مشاهده می‌شود.

مبحث کریستالوپاتی‌ها.

الف | **ب** | ج | د

۳۶- آقای ۳۰ ساله‌ای به علت کمردرد که از هفته‌ی قبل شروع شده مراجعه کرده است. در صورت وجود کدام‌یک از موارد زیر در شرح حال اقدام تشخیصی (تصویربرداری و آزمایش) لازم نیست؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۶- مشترک کشوری)*

الف) مصرف کورتیکواستروئید

ب) تشدید شبانه‌ی درد

ج) انتشار درد به اندام تحتانی

د) وجود تب و کاهش وزن

انتشار درد به اندام جزء فاکتورهای خطر کمر درد حاد نیست. بقیه گزینه‌ها رو به عنوان فاکتور خطر و اندیکاسیون ارزیابی بیش‌تر یاد بگیر. بقیه رو هم برگرد تو جواب ۶ مرور کن.

مبحث درد کمر و گردن.

الف | ب | **ج** | د

۳۷- خانم ۲۰ ساله و با سابقه‌ی اسکلرودرمی، به علت سردرد شدید و فشار خون بالا مراجعه کرده است. آزمایشات وی به شرح زیر است:

Hb= 9.9 gr/dl. Cr=2.8 mg/dl. Urinalysis: Protein 1+, Hematuria 2+

تجویز کدام دارو صحیح است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۶- مشترک کشوری)*

الف) متورال ب) کاپتوپریل ج) لوزارتان د) آملودیپین

این بیمار دچار بحران کلیوی اسکلرودرمی شده است. این حالت با افزایش ناگهانی فشار خون و نارسایی کلیوی پیش‌رونده (افزایش کراتینین سرم، پروتئینوری، هماچوری، الیگوری) مشخص می‌شود و گاهی با آنمی همولیتیک میکروآنژیوپاتیک و ترومبوسیتوپنی هم همراه است. این بیمار را باید بستری کنیم و یک داروی ACE-I (مثل کاپتوپریل) برایش تجویز کنیم؛ البته آنتاگونیست رسپتور آنژیوتانسین یا ARB (مثل لوزارتان) هم می‌توان داد. هدف درمانی، فشار خون کم‌تر از ۱۲۵/۷۵ است.

بتابلوکر (مثل متورال) در کریز کلیوی کنترااندیکاسیون نسبی است.

مبحث اسکلرودرمی.

الف | **ب** | ج | د

۳۸- در کدام‌یک از موارد زیر، انجام رادیوگرافی ستون فقرات، به تشخیص کمک بیش‌تری می‌کند؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۵- مشترک کشوری)*

الف) زن ۲۵ ساله‌ای که به دنبال حرکت ناگهانی، دچار کمر درد شده است.

ب) مرد ۲۵ ساله‌ای با کمر درد تیپ التهابی که از ۶ ماه قبل شروع شده است.

ج) زن ۶۵ ساله‌ای که برای بررسی از نظر استئوپروز مراجعه کرده است.

د) مرد ۳۵ ساله‌ای با کمر درد رادیکولر اندام تحتانی راست که از ۲ روز قبل شروع شده است.

شرح حال کمر درد التهابی یعنی دردی که در شب شدیدتر است و با فعالیت کم‌تر می‌شود، از اندیکاسیون‌های ارزیابی بیش‌تر با تصویربرداری است. سایر گزینه‌ها فاکتور خطری برای کمر درد ندارند، اگر یادت نیست برو جواب ۶ رو مرور کن.

مبحث درد کمر و گردن.

الف | **ب** | ج | د

۳۹- خانم ۶۰ ساله‌ای با شکایت از تغییر شکل انگشتان مراجعه کرده است. گاهی اوقات از درد پاها هنگام فعالیت و خشکی صبحگاهی به مدت ۲۰ دقیقه شکایت دارد. در معاینه، تورم در قدام استخوان در PIP و DIPها مطابق شکل مقابل دارد. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۵- مشترک کشوری)*



الف) آرتریت نقرسی

ب) آرتریت روماتوئید

ج) آرتریت پسوریازیس

د) استئوآرتریت

این تصویر رو به عنوان گره بوکارد در PIP بند انگشت و هبردن DIP بند انگشت که مختص استئوآرتریت است یاد بگیر. در کل استئوآرتریت اول مفاصل زانو و هیپ و سپس DIP و PIP انگشتان را می‌گیرد (برخلاف آرتریت روماتوئید). یادت باشه استئوآرتریت هیچ‌وقت مچ دست را درگیر نمی‌کند. ویژگی‌های مهم استئوآرتریت رو برگرد تو جواب ۱۷ مرور کن.

مبحث استئوآرتریت.

الف ب ج **د**

۴۰- خانم ۲۸ ساله‌ای که به علت درد و تورم مفاصل دست‌ها به درمانگاه مراجعه کرده است. از خشکی صبحگاهی یک ساعته نیز شکایت دارد. در معاینه، مفاصل DIP، PIP و MCP دست چپ، حساسیت و تورم دارند. اکثر ناخن‌ها، حالت Pitting دارند. از نظر آزمایشگاهی، RF منفی بوده ولی اسیداوریک سرم، ۸ میلی گرم در دسی‌لیتر است. تشخیص محتمل‌تر کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۵- مشترک کشوری)*

الف) آرتریت نقرسی

ب) آرتریت پسوریازیسی

ج) آرتریت روماتوئید

د) سارکوئیدوز

این خانم مبتلا به آرتریت پسوریاتیک از انواع اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها است. مهم‌ترین ویژگی اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، سرونگاتیو بودنشان است (RF و ANA منفی). برگرد تو جواب ۳، ویژگی‌های اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها رو بخون. از ویژگی‌های خاص آرتریت پسوریاتیک این موارد رو یاد بگیر:

۱. الیگوآرتریت غیر قرینه‌ی مفاصل کوچک (بند انگشت) و بزرگ اندام تحتانی یا پلی‌آرتریت قرینه‌ی مفاصل کوچک
۲. فرورفتگی یا Pitting ناخن‌ها (برخلاف نوع راکتیو)
۳. آرتریت موتیلان یا خورنده به خصوص در بند دیستال انگشت که باعث کج و معوج شدن انگشت و نمای pencil in cup می‌شود
۴. معمولاً به دلیل افزایش متابولیسم سلولی، این بیماران در آزمایشات اسید اوریک خون بالایی دارند، درست مثل این سوال.

مبحث اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها.

الف **ب** ج د

@MEDICA_CHANNEL

۴۱- خانم ۵۸ ساله‌ای با درد شدید زانوی چپ و عدم توانایی در حرکت از یک ماه پیش، به درمانگاه مراجعه کرده است. بجز هیپرتانسیون، سابقه‌ی بیماری دیگری ندارد و در حال حاضر، مصرف استامینوفن ۳ گرم و سلکسیب ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه دارد. در معاینه BP= 140/100 و گرمی و تورم در زانوی چپ دارد. در رادیوگرافی، کلسیفیکاسیون در فضای مفصلی و تغییرات آرتروز دیده می‌شود. کدام روش درمانی مناسب است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۵- مشترک کشوری)*

الف) استامینوفن ۴ گرم در روز
ب) سلکسیب ۴۰۰ میلی‌گرم در روز
ج) تزریق کورتیکواستروئید داخل مفصل
د) فیزیوتراپی

این بیمار مبتلا به استئوآرتریت است. تغییرات رادیوگرافیک مفصل در استئوآرتریت رو یاد بگیر:

۱. کاهش فضای مفصلی
۲. اسکلروز و کلسیفیکاسیون ساب‌کندرال یا زیر مفصلی
۳. تغییر شکل استخوان
۴. کیست ساب‌کندرال استخوانی
۵. استئوفیت یا زائده کنار استخوانی

درمان استئوآرتریت سه جزء دارد:

۱. درمان حمایتی
۲. درمان دارویی
۳. جراحی در موارد شکست درمان.

برای درمان دارویی می‌توان از NSAIDها استفاده کرد. این دسته دارویی به حدی محبوب می‌باشند که نقش استامینوفن و حتی اپیوئیدها را کم‌رنگ کرده است. یک استثناء رو یادت باشه:

در درگیری و تورم حاد و شدید تک مفصلی (زانو یا هیپ) مثل این مریض باید کورتیکواستروئید داخل مفصل تزریق کنیم.

مبحث استئوآرتریت.

الف | ب | **ج** | د

۴۲- بیمار خانم ۵۵ ساله‌ای است که با درد هنگام پایین آمدن از پله‌ها مراجعه کرده است. در معاینه، قسمت داخلی زانوی راست حدود ۱/۵ سانتی‌متر از پاتلا، دردناک است. کدام بورسیت بیش‌تر مطرح است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۴- مشترک کشوری)*

الف) Infra Patellar
ب) Pre patellar
ج) Anserine
د) Iliotibial

درد حین بالا و پایین رفتن از پله‌ها به همراه تندرنس قسمت داخلی پایین و داخل پاتلا یا کشکک زانو به نفع بورسیت آنسرین (Anserine) یا پنجه غازی است. این بیماری به علت التهاب بورس موجود در سطح داخلی تیبیا (پایین زانو) و در زیر تاندون مشترک پنجه‌غازی (تاندون عضلات سارتوریوس، گراسیلیس و سمی‌تندینوسوس) با تندرس در سطح داخلی زانو مشخص می‌شود. برای درمان هر نوع بورسیت به بیمار استراحت و مصرف ضد التهاب از جمله NSAID مثل دیکلوفناک را توصیه می‌کنیم و در صورت نیاز از تزریق موضعی استروئید استفاده می‌کنیم.

مبحث اختلالات اطراف مفصلی.

الف | ب | **ج** | د

۴۳- آقای ۵۳ ساله‌ای با درد و تورم زانوی راست از ۲ روز قبل مراجعه کرده، سابقه‌ی فشار خون بالا و مصرف هیدروکلروتیازید را می‌دهد. علائم حیاتی OT:38.7 و PR:92 , BP:170/70 بوده و معاینات سیستمیک نکته‌ی مهمی ندارد. در معاینه مفاصل، تندرنس قابل توجه به همراه تورم +۳ و گرمی و اریتم مختصر زانوی راست و کاهش شدید دامنه‌ی حرکت مفصلی دارد. در آزمایشات اولیه:

Hb=13.2, WBC=12700 (90% PMN), CRP: 3+, PLT: 366.000

اقدام مناسب کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۴- مشترک کشوری)*

الف) انجام گرافی اورژانس و سپس پونکسیون مفصلی و تزریق استروئید

ب) انجام پونکسیون مفصلی جهت اسمیر و کشت و شروع آنتی‌بیوتیک وریدی

ج) درخواست سطح اسید اوریک سرم و سپس شروع آلوپورینول

د) درخواست کشت خون و ادرار و سپس شروع آنتی‌بیوتیک و کلشی‌سین

این بیمار با توجه به مونوآرتریت حاد، شدید و تب مشکوک به آرتریت سپتیک است. با شک به آرتریت سپتیک، اولین اقدام آرتروسنتز و بررسی مایع مفصلی (از نظر ظاهر، سلول، اسمیر و کشت) است. اساس درمان آرتریت سپتیک، آنتی‌بیوتیک و درناژ مفصل (خارج کردن چرک) است. برگرد جواب ۱۲ رو بخون.

مبحث آرتریت سپتیک.

الف | **ب** | ج | د

۴۴- بیمار خانم ۵۰ ساله‌ای با درد مفاصل مچ دست‌ها و انگشتان کوچک از ۶ ماه پیش مراجعه کرده است. بیمار خشکی صبحگاهی در حد ۴ ساعت دارد. در معاینه تورم مچ دست و انگشتان ۲ طرف دارد. آزمایشات به صورت ذیل است:

WBC=7000 (P=80% L=20%)، Hb=12, PLT=450/000، ESR=60، CRP=2+، RF=Negative

بهترین اقدام تشخیصی برای بیمار کدام است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)*

الف) Anti- RO

ب) Anti- CCP

ج) C- ANCA

د) Anti- JO1

این بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید است، به دو دلیل:

۱. درد التهابی در مفاصل کوچک و مچ دست به همراه خشکی صبحگاهی بالای ۱ ساعت.

۲. شواهد التهابی سیستمیک از جمله ESR و CRP بالا.

از بین آزمایشات، Anti- CCP در آرتریت روماتوئید تشخیصی‌تر است. فاکتور روماتوئید و ANA هم گاهی در این بیماری مثبت می‌شود.

مبحث آرتریت روماتوئید.

الف | **ب** | ج | د

۴۵- بیمار خانمی ۲۰ ساله که با تب و بی‌حالی و آرترالژی به درمانگاه مراجعه کرده است. در معاینه اولسرهای بدون درد در دهان و تورم و تندرنس هر دو زانو را دارد. یافته‌های آزمایشگاهی وی به شرح زیر است:

WBC: 4500/mm3, Hb: 10 g/dl (نرموکروم نرموسیتیک), Anti-Cardiolipin Antibody مثبت، پروتئین ادرار در ۲۴ ساعت: ۴۵۰ میلی‌گرم.

بیمار فوق چند کرایتریای تشخیصی لوپوس را دارا است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۳- مشترک کشوری)*

الف) ۳ **ب) ۴** **ج) ۵** **د) ۶**

این مریض چهار کرایتریا دارد:

۱. زخم دهانی بدون درد.

۲. آرتریت غیر خورنده دو مفصل یا بیش‌تر.

۳. اختلال خونی (آنمی).

۴. اختلال ایمنی.

برگرد تو جواب ۲۳ کرایتریا رو بخون.

البته در ۱۰ درصد مبتلایان به لوپوس، آرتروپاتی جاکود را با دفورمیتی مفصلی می‌بینیم.

مبحث لوپوس.

الف **ب** ج د

۴۶- بیمار مرد جوان ۳۰ ساله‌ای با کونژنکتیویت و آرتریت زانوی چپ و مچ پای چپ که از سه روز قبل به دنبال اسهال شروع شده مراجعه کرده است. در معاینه تورم تاندون آشیل دارد. در آزمایشات:

Uric Acid: 55, WBC: 14000 (P=85%, L=15%), ESR: 60, CRP: 21, RF: Negative, Ferritin: 600

کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۳ - مشترک کشوری)*

الف) اسپوندیلیت آنکیلوزان **ب) Still بالغین**

ج) نقرس **د) آرتریت راکتیو**

این بیمار مبتلا به آرتریت راکتیو یا سندرم رایتر (یکی از انواع اسپوندیلوآرتروپاتی) است. آرتریت سرونگاتیو بودن (ANA و RF منفی) با شواهد التهابی یعنی ESR و CRP بالا به نفع اسپوندیلوآرتروپاتی و شرح حال اسهال اخیر و کونژنکتیویت به نفع سندرم رایتر است. برگرد جواب ۴ رو بخون.

مبحث اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها.

الف ب ج **د**
